

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

DIPLOMSKA NALOGA

MAJA RUTAR

IZOLA, 2012

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

**POMEN TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE S
PACIENTI Z RAKOM**

**IMPORTANCE OF THERAPEUTIC COMMUNICATION WITH
CANCER PATIENTS**

Študent: MAJA RUTAR

Mentor: IZR. PROF. DR. MAJA ČEMAŽAR

Somentor: DOC. DR. KATARINA BABNIK

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

IZOLA, 2012

KAZALO VSEBINE

KAZALO VSEBINE.....	I
KAZALO SLIK.....	II
KAZALO TABEL.....	III
POVZETEK	IV
ABSTRACT	V
1. UVOD	1
2. NAMEN IN CILJI DIPLOMSKE NALOGE	3
2.1 NAMEN NALOGE	3
2.2 CILJI NALOGE.....	3
3. RAK	4
3.1 REGISTER RAKA	5
3.2 DEFINICIJE KAZALNIKOV	6
3.3 RAK V SLOVENIJI	7
3.4 RAK V SVETU	9
4. DEPRESIJA PRI PACIENTIH Z RAKOM.....	11
4.1 REAKCIJA OB DIAGNOZI	11
4.2 SOOČANJE Z BOLEZNIJO	12
4.3 POJAV DEPRESIJE PRI PACIENTIH Z RAKOM	16
4.4 INCIDENCA DEPRESIJE PRI PACIENTIH Z RAKOM.....	18
5. PALIATIVNA OSKRBA IN ZDRAVSTVENA NEGA	20
5.1 DOŽIVLJANJE SVOJCEV V ČASU UMIRANJA	22
6. KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI.....	23
6.1 TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI.....	26
6.2 ZNAČILNOSTI TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE.....	27
6.3 TEHNIKE TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE	29
6.4 POMEN TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE S PACIENTI Z RAKOM	30
7. ZAKLJUČEK.....	36
8. LITERATURA.....	38

KAZALO SLIK:

Slika 1: Breme raka, Slovenija 2008.....	13
Slika 2: Delež vseh rakov po starostnih skupinah in spolu v odstotkih, Slovenija 2008.....	14
Slika 3: Najpogostejše lokacije raka in njihov odstotni delež pri moških, Slovenija 2008.....	14
Slika 4: Najpogostejše lokacije raka in njihov odstotni delež pri ženskah, Slovenija 2008.....	15

KAZALO TABEL:

Tabela 1: American Cancer Society podaja incidenco in umrljivost glede na vrsto raka, spol in razvitost območij.....16

Tabela 2: Prevalenca duševne stiske pri pacientih z različnimi rakastimi obolenji.....25

POVZETEK

V nalogi smo predstavili pomen ustrezne komunikacije na posebnem področju zdravstvene nege – zdravstvene nege pacienta z rakom. Rak je bolezen sodobnega časa, s katero se strokovnjaki v zdravstveni negi ne srečujejo le v terciarnih ustanovah. S pomočjo slovenske in tuje literature ter z rezultati empiričnih raziskav smo prikazali pomen terapevtske komunikacije med zdravstvenim osebjem ter med zdravstvenim osebjem in pacienti z rakom.

V prvem delu smo predstavili bolezen – rak, register raka in pojavnost raka v Sloveniji in po svetu. Opisali smo različne oblike raka in njihovo pogostost med odraslo populacijo v Sloveniji.

Sledi predstavitev pojava depresije pri pacientih z rakom in simptome te bolezni ter kako pogosto se pri pacientih z rakom pojavlja depresija in v katerih fazah zdravljenja jo najpogosteje zasledimo. Opredeljena je paliativna oskrba in paliativna zdravstvena nega ter opisano doživljanje svojcev v času umiranja.

V zadnjem delu smo opisali komunikacijo v zdravstveni negi, kjer smo se osredotočili na terapevtsko komunikacijo v zdravstveni negi in njene značilnosti ter tehnike. Opisali smo pomen terapevtske komunikacije in znotraj te vlogo med medicinsko sestro in pacientom z rakom ter kakšne učinke lahko doseže medicinska sestra z uporabo metod in tehnik terapevtske komunikacije do pacientov z rakom.

Terapevtska komunikacija vodi k dobrim medsebojnim odnosom, k dobremu počutju in je pomembna pri obravnavi pacientov.

Ključne besede: rak, depresija, terapevtska komunikacija, zdravstvena nega pacienta z rakom

ABSTRACT

In this paper we presented the importance of an appropriate communication on a special field of healthcare – the healthcare of cancer patients. Cancer is a disease of the modern era, with which healthcare experts come across not only in tertiary institutions. With the help of Slovenian and foreign literature and with the results from empirical researches we showed the importance of therapeutic communication amongst the medical staff and between the medical staff and cancer patients.

In the first part we introduced the disease itself, cancer registry and cancer occurrence in Slovenia and around the world. We described different types of cancer and their occurrence within the grown-up population in Slovenia.

Next we presented the appearance of depression with cancer patients, the symptoms of the disease, how often depression appears with cancer patients and in which phases of treatment it most often appears. We defined palliative care and palliative healthcare and described the feelings of the family members in the time of dying.

In the last part we described communication in healthcare, where we focused on therapeutic communication in healthcare, its specifications and techniques. We described the importance of therapeutic healthcare and within it the relationship between the nurse and the cancer patient and what effects a nurse can achieve with cancer patients using therapeutic communication methods and techniques.

Therapeutic communication leads to good interpersonal relationships, good state of health and it is important in treating the patients.

Key words: cancer, depression, therapeutic communication, healthcare with cancer patient

1. UVOD

Milakić Snoj (1) v svojem delu navaja, da je rak težka bolezen, ki prizadene pacienta in njegovo družino ne samo na telesnem področju temveč tudi na čustvenem. Kljub biomedicinskemu napredku rak še vedno ostaja bolezen, ki je pogosto sinonim za bolečino, trpljenje in smrt. Jasno je, da rak ni le enkratni dogodek z gotovim smrtnim izidom, ampak je dolgotrajna, kronična bolezen (1).

Ker je rak pogosto sinonim za bolečino in trpljenje in velikokrat tudi za smrt, ta bolezen paciente včasih potisne v depresijo. Pojav depresije je po Milakić Snoju (2) ena izmed najbolj pogostih duševnih motenj pri pacientih z rakom. Rak je bolezen, ki globoko poseže v življenje obolenih in njihovih svojcev. Kljub sodobnim uspešnejšim načinom zdravljenja jo še vedno spremlja izrazito negativna stigma. Pri pacientih lahko sproža hude duševne reakcije, obenem pa vpliva na družinske in socialne odnose. Poleg številnih omejitev, ki jih prinaša rakavo obolenje in njegovo zdravljenje, prinaša tudi spoznanja o minljivosti življenja. Čeprav človek razumsko ve, da se temu dejstvu ne more izogniti, se z njim, še zlasti v primeru nenadnega nastopa hude telesne bolezni, ne more vedno zlahka sprijazniti (2).

V ta namen se je v zdravstvu razvila paliativna oskrba, ki pacientom z neozdravljivo boleznijo v preostalih mesecih življenja preprečuje, odpravlja in blaži simptome bolezni. Červek in Zakotnik (3) definirata paliativno oskrbo kot aktivno, celostno obravnavo pacienta z neozdravljivo, neobvladljivo boleznijo, ki zajema: zdravstveno nego, obvladovanje bolečine in drugih telesnih simptomov, lajšanje psihičnih in socialnih težav in oskrbo pacientovih duhovnih potreb. Namen paliativne oskrbe je na eni strani vzdrževati optimalno kakovost življenja in pri tem upoštevati vse pacientove potrebe, na drugi strani pa pomagati svojcem med boleznijo in v času žalovanja (3).

Da bi paliativna oskrba dobro potekala, je še posebej pomembno dobro znanje komunikacije. V praksi zdravstvene nege poteka komunikacija, po mnenju Pušnikove (4), kontinuirano med medicinsko sestro in pacientom, pacientovo družino, s sodelavci in mnogimi drugimi. Je zapleten proces, kjer lahko zaradi različnih dejavnikov v komunikacijski verigi pride do napake. Pomembni elementi učinkovitega komuniciranja s pacienti in svojci so poštenost, čutnost, dostopnost in odzivnost. Pušnikova predlaga, da morajo biti medicinske sestre za uspešno komuniciranje posebej usposabljanje. Pomembno je, da znajo poslušati in slišati. Imeti morajo dovolj strokovnega znanja, ki ga bojo znale posredovati na primeren, pacientom in svojcem razumljiv način (4).

Ker želimo, da bi komunikacija potekala še bolj učinkovito, je potrebno med pacientom in zdravstvenim osebjem vzpostaviti učinkovitejšo terapevtsko komunikacijo. Pajnikihar (5) razlaga terapevtsko komunikacijo kot proces, ki zajema skupno doseganje ciljev v razmerju med medicinsko sestro in pacientom, kjer sta oba enakovredna in aktivna udeleženca in spoštujeta medsebojni odnos. Vzpostavljanje terapevtskega odnosa je proces, ki zahteva čas in skrbno vodenje medicinske sestre, sloni pa na zaupanju in spoštovanju pacienta ter prepoznavanju njegovih težav in potreb. Terapevtsko komunikacijsko celoto sestavljata medicinska sestra in pacient, ki vstopata v ta proces z izkušnjami, občutki, strahovi, pričakovanji, vrednotami (5).

Terapevtska komunikacija je še posebej pomembna pri pacientih, ki zbolijo za neozdravljivo bolezen, kot je rak, saj je pri njih možnost pojava depresije veliko večja. To lahko s pravočasno in kakovostno terapevtsko komunikacijo v veliki meri preprečimo in tako omogočimo boljše zdravljenje in počutje pacienta.

2. NAMEN IN CILJI DIPLOMSKE NALOGE

2.1 NAMEN NALOGE

Namen diplomske naloge je opisati in razložiti pojav depresije pri odraslih pacientih z rakom ter s tem povezan pomen terapevtske komunikacije v zdravstveni negi pacientov z rakom.

2.2 CILJI NALOGE

Preko pregleda relevantne literature in dostopnih podatkov:

- proučiti pogostost raka v Sloveniji med odraslimi (nad 22. letom starosti),
- opisati in razložiti pojav depresije pri pacientih z rakom in pogostost pojavljanja depresije,
- opisati in razložiti koncept terapevtske komunikacije v zdravstveni negi,
- opisati in razložiti pomen terapevtske komunikacije v zdravstveni negi pacientov z rakom.

Poleg navedenih ciljev bomo v nalogi skušali odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- 1) kako pogoste so različne oblike raka v Sloveniji med odraslo populacijo;
- 2) kako pogosto se pri pacientih z rakom pojavlja depresija in v katerih fazah zdravljenja se ta najpogosteje pojavlja;
- 3) kakšna je vloga terapevtske komunikacije med medicinsko sestro in pacientom z rakom;
- 4) kakšne učinke lahko doseže medicinska sestra z uporabo metod in tehnik terapevtske komunikacije do pacienta z rakom?

3. RAK

Primic Žakelj (6) opozarja, da besedo rak v vsakdanjem življenju uporabljamo takrat, kadar govorimo o zlih novotvorbah - malignih tumorjih. V drugi polovici dvajsetega stoletja se je zanimanje za maligne bolezni povečalo. Zaradi izboljšanja življenjskih pogojev, odkritja antibiotikov in uvedbe cepljenj nalezljive bolezni, vsaj v razvitem svetu, niso bile več najpomembnejši vzrok smrti. Seveda pa rak ni nova bolezen. Že pri pregledovanju egipčanskih mumij so odkrili kostne tumorje in nekatere druge malignome. V kitajskih in arabskih rokopisih so našli opise simptomov in znakov, ki jih pripisujejo malignim boleznim. V četrtem stoletju pred našim štetjem je Hipokrat uvedel izraz »karcinom« in sicer z grško besedo »karkinos«, kar označuje morsko žival - raka. Tako ga je poimenoval zaradi videza nekaterih tumorjev in zaradi tega, ker se bolezen kot rak s svojimi kleščami širi v oddaljene organe (6).

Jezernik in sod. (7) poudarjajo, da se večina rakavih celic razvije iz posamezne, ene same celice. Tudi takrat, kadar rakave celice metastazirajo (se selijo z mesta nastanka), lahko sledimo izvoru iz ene same celice. Torej so rakave celice klon, saj se razvijejo iz posamezne abnormalne celice. Za spremembo normalne celice v rakavo, razen v izjemnih primerih, ni dovolj ena sama genetska ali epigenetska sprememba ali mutacija. Potrebno je sosledje neodvisnih, večinoma redkih genetskih dogodkov, ki so sproženi hkrati in izhajajoči iz ene same celice. Iz tega sledi, da se rakave celice pogosteje pojavljajo pri starejših organizmih. Z leti se mutacije v taki celični liniji kopičijo. Rakave celice v tumorjih zato po navadi nosijo številne mutacije. Gre torej za postopno kopičenje mutacije v različnih genih (7).

Maligne matične rakave celice so torej po opredelitvi tiste rakave celice, ki so sposobne samoobnove in delitve – rasti. Proizvajajo nove rakave matične celice in hkrati tudi celice, ki so se sposobne prehodno pomnoževati. Maligne matične rakave celice lahko nastanejo iz normalnih matičnih celic (nakopičijo mutacije, zaradi katerih dobijo lastnosti rakave celice) ali iz boljše diferenciranih celic, ki so mutirale ali bile epigenetsko spremenjene in tako dobile lastnosti matičnih celic (7).

Primic Žakelj in Zadnik (8) opozarjata, da je zelo pomembno zgodnje odkrivanje simptomov in znakov raka. Pri tem ima veliko vlogo zdravstvena vzgoja prebivalstva (samoopazovanje) in usposobljenost zdravnikov o presoji sprememb in čim prejšnja diagnostika.

Opozorilni simptomi in znaki raka so (8):

- bula v dojki ali kjerkoli v telesu,
- ranica, ki se ne zaceli,
- materino znamenje, ki je spremenilo obliko, velikost in barvo,
- neobičajna krvavitev iz katerekoli telesne votline,
- hripavost, trdovraten kašelj,
- motnje pri žvečenju, požiranju in prebavi,
- nepojasnjeno hujšanje.

Rak je bolezen, s katero se moderna civilizacija vse pogostejše srečuje in s katero se bo treba spopasti na vseh ravneh primarne preventive, sekundarne preventive, zdravljenja in rehabilitacije, da jo bomo uspeli obvladati (9).

3.1 REGISTER RAKA

Zadnik in Primic Žakelj (10) navajata, da je bil register raka Republike Slovenije (Register) ustanovljen pri Onkološkem inštitutu v Ljubljani leta 1950 kot posebna služba za zbiranje in obdelavo podatkov o incidenci raka in o preživetju pacientov z rakom. Prijavljanje raka v Sloveniji je obvezno in z zakonom predpisano. Zbrani podatki so podlaga za ocenjevanje bremena rakavih bolezni v državi, za načrtovanje in ocenjevanje onkološkega varstva na področju primarne in sekundarne preventive, diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije, za načrtovanje zmogljivosti in sredstev, ki so potrebna za obvladovanje rakavih bolezni (osebje, medicinska oprema, posteljne zmogljivosti), ter za klinične in epidemiološke raziskave v Sloveniji in v sklopu širših mednarodnih raziskav. Temeljni vir podatkov so prijavnice rakavih bolezni, ki jih pošiljajo iz vseh bolnišnic in

diagnostičnih centrov, iz ordinacij primarnega zdravstvenega varstva, če pacient ni napoten na nadaljne preiskave in/ali zdravljenje. Dodatni vir podatkov so obdukcijski zapisniki in zdravniške ugotovitve o vzroku smrti (10).

Zadnji dostopni podatki iz registra raka v Republiki Sloveniji so pripravljene za leto 2008 (11).

3.2 DEFINICIJE KAZALNIKOV

Slovenija in rak (SLORA) (12) na svoji spletni strani podaja definicije kazalnikov:

Incidenca pomeni absolutno število vseh na novo ugotovljenih primerov neke bolezni v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu. Ker incidenca ne šteje pacientov, pač pa primere bolezni, lahko posamezna oseba, če v istem letu zbolí za različnimi rakavimi boleznimi, prispeva v incidenco več primerov bolezni. V incidenco raka ne štejemo novih primarnih rakov parnega organa iste lokacije, če je bila histološka vrsta obeh rakov, npr. leve in desne dojke, enaka. Prav tako v incidenco ne štejemo novega pojava raka iste histološke vrste na istem organu, npr. multiple lezije v debelem črevesu (12).

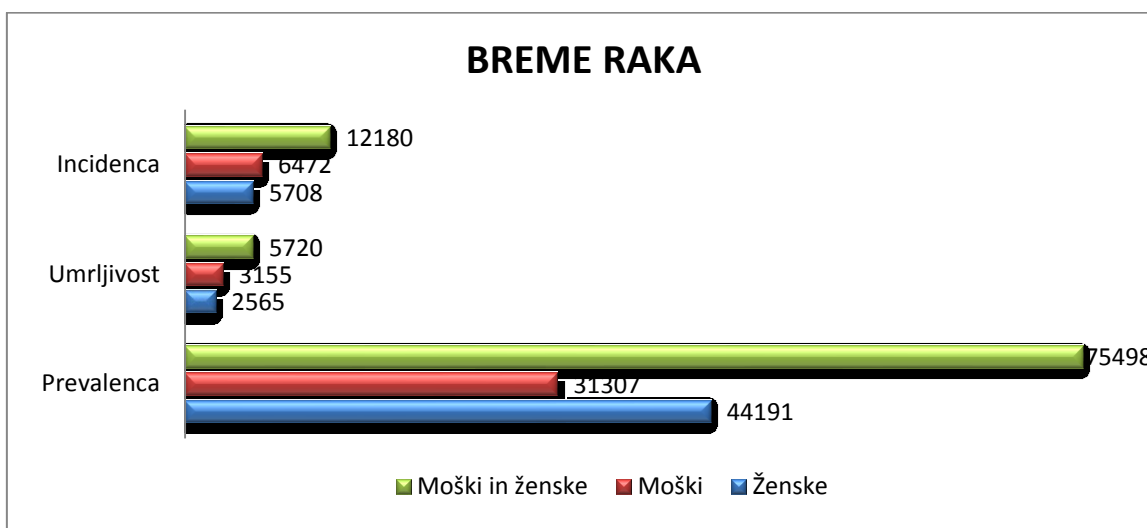
Prevalenca je število vseh pacientov z določeno boleznijo, ki so bili živi na izbrani datum (ponavadi zadnji dan v letu). Če je oseba zbolela za več raki, štejemo v prevalenco vsak posamezen rak, razen pri prevalenci vseh lokacij raka skupaj, ko štejemo vsako osebo samo enkrat; vsota prevalenc posameznih lokacij je torej vedno večja od prevalencev vseh rakov skupaj (12).

Umrljivost

Z umrljivostjo izrazimo absolutno število vseh umrlih za določeno boleznijo v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu (12).

3.3 RAK V SLOVENIJI

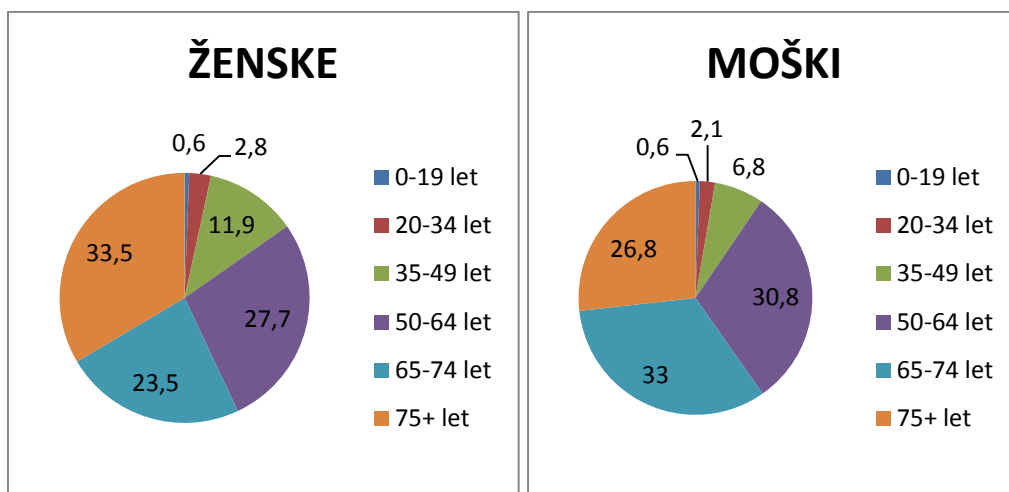
Leta 2008 je za rakom zbolelo 12.180 ljudi, 6.472 moških in 5.708 žensk, umrlo pa 5.720 ljudi, 3.155 moških in 2.565 žensk. Konec decembra 2008 je živel 75.498 ljudi (31.307 moških in 44.191 žensk), ki so kdaj koli od ustanovitve Registra zboleli za rakom (Slika 1) (11).



Slika 1: Breme raka, Slovenija 2008 (11).

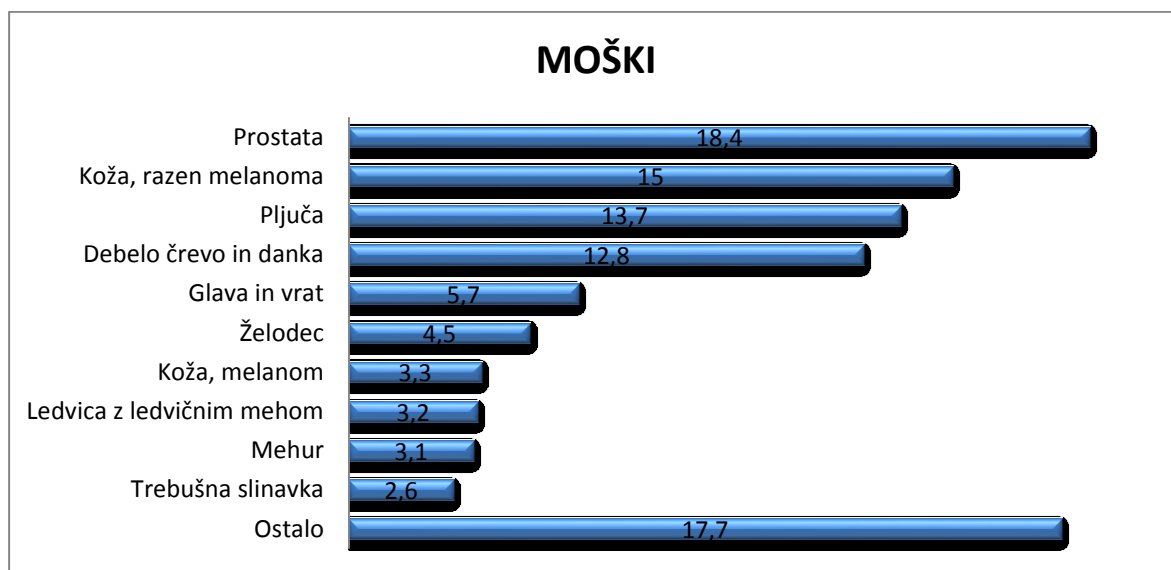
Kljub temu, da se ogroženost z rakom zmerno večja, je največja v starejših letih; od vseh pacientov z rakom je leta 2008 kar 60% moških in 57% žensk zbolelo po 65. letu starosti. Pri otrocih in mladostnikih (do 20. leta) obsegajo rakave bolezni manj kot 1% vseh primerov raka. Ker se slovensko prebivalstvo stara, je samo zaradi vedno večjega deleža starejših pričakovati, da se bo število novih primerov raka še večalo (Slika 2) (11).

Iz podatkov lahko povzamemo, da je med odraslimi od 20 do 64 let starosti glede na število vseh pacientov z rakom med moškimi obolelih 39,7%, med ženskami pa 42,4% (Slika 2).

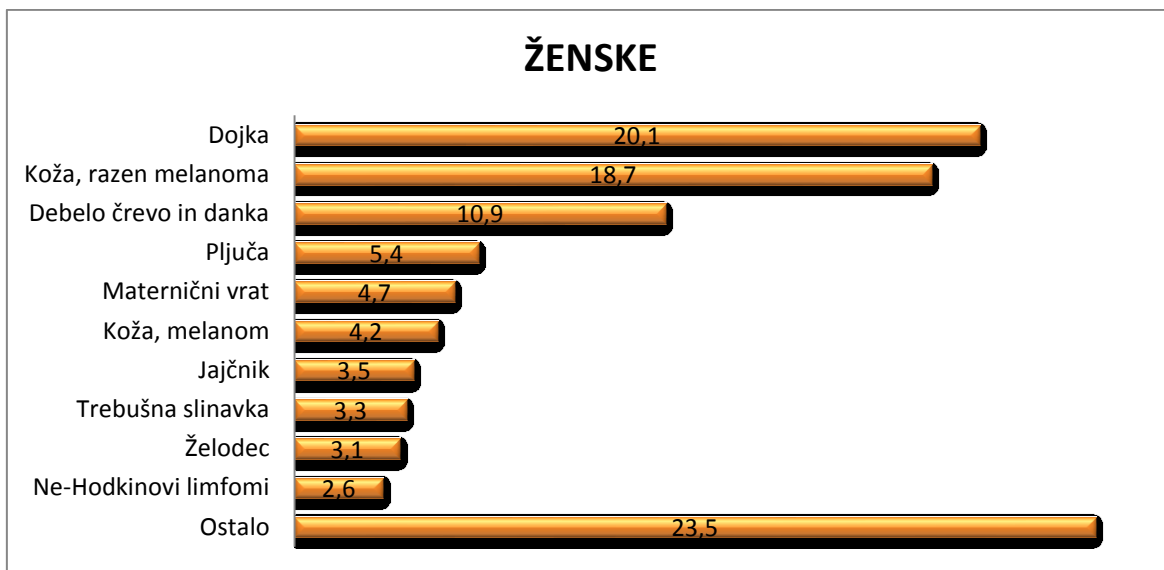


Slika 2: Delež vseh rakov po starostnih skupinah in spolu v odstotkih, Slovenija 2008 (11).

Iz slik 3 in 4 je razvidno, da med pet najpogostejših vrst raka pri nas spadajo: kožni (razen melanoma), raki debelega črevesa in danke, pljuč, prostate in dojke (Slika 3, Slika 4).



Slika 3: Najpogostejše lokacije raka in njihov odstotni delež pri moških, Slovenija 2008 (11).



Slika 4: Najpogostejše lokacije raka in njihov odstotni delež pri ženskah, Slovenija 2008 (11).

Pri moških je najbolj pogosta oblika raka rak na prostati. Sledijo kožni (razen melanoma) in pljučni rak ter rak na debelem črevesu in danki. Za naštetimi lokacijami raka zbolijo kar trije od petih za rakom zbolelih moških. Ostale vrste raka pri moških se pojavljajo redkeje (Slika 3) (11).

Rak dojke in kožni rak (razen melanoma) po pogostosti izstopata pri ženskah. Številčen je tudi rak na debelem črevesu in danki. Ostale lokacije raka kot so rak na pljučih, materničnem vratu, rak kože itd. niso tako pogosti (Slika 4) (11).

3.4 RAK V SVETU

V svetu je incidenca in umrljivost za rakom zelo odvisna od razvitosti držav. V državah v razvoju je incidenca skoraj pol manjša kot v razvitih državah, vendar je zaradi slabo razvitega zdravstva in pomanjkanja sredstev umrljivost v teh državah skoraj tako velika kot v razvitih državah. Ta podatek lahko razlagamo tudi tako, da obstaja verjetnost, da lahko v nerazvitih državah relativno veliko ljudi umre za rakom, ne da bi za to vedeli (13).

V razvitih državah prevladujejo rak dojk, rak pljuč, rak prostate, rak debelega črevesa in danke ter rak na želodcu. V nerazvitih državah je na prvem mestu rak pljuč, sledi rak na želodcu, rak dojk, rak na jetrih in rak na materničnem vratu (Tabela 1) (13).

Tabela 1: American Cancer Society (13) podaja incidenco in umrljivost glede na vrsto raka, spol in razvitost območij (13).

Vrsta rakavega obolenja	Moški				Ženske			
	Razvite države		Države v razvoju		Razvite države		Države v razvoju	
	Incidenca	Umrlijivost	Incidenca	Umrlijivost	Incidenca	Umrlijivost	Incidenca	Umrlijivost
rak sečnika	16.6	4.6	5.4	2.6	3.6	1.0	1.4	0.7
možgani / živčni sistem	6.0	3.9	3.2	2.6	4.4	2.6	2.8	2.0
dojke	/	/	/	/	66.4	15.3	27.3	10.8
maternični vrat	/	/	/	/	9.0	3.2	17.8	9.8
debelo črevo/ danka	37.6	15.1	12.1	6.9	24.2	9.7	9.4	5.4
korpus maternice	/	/	/	/	12.9	2.4	5.9	1.7
požiralnik	6.5	5.3	11.8	10.1	1.2	1.0	5.7	4.7
hodgkinov limfom	2.2	0.4	0.9	0.6	1.9	0.3	0.5	0.3
ledvica	11.8	4.1	2.5	1.3	5.8	1.7	1.4	0.8
grlo	5.5	2.4	3.5	2.1	0.6	0.2	0.6	0.4
levkemija	9.1	4.8	4.5	3.7	6.0	2.9	3.6	2.9
jetra	8.1	7.2	18.9	17.4	2.7	2.5	7.6	7.2
pljuča/ bronhiji	47.4	39.4	27.8	24.6	18.6	13.6	11.1	9.7
melanom kože	9.5	1.8	0.7	0.3	8.6	1.1	0.6	0.3
multipli melanom	3.3	1.9	0.9	0.8	2.2	1.3	0.7	0.6
nosni del žrela	0.6	0.3	2.1	1.4	0.2	0.1	1.0	0.6
ne hodkingov limfom	10.3	3.6	4.2	3.0	7.0	2.2	2.8	1.9
usta	6.9	2.3	4.6	2.7	2.4	0.6	2.6	1.5
žrelo	4.4	2.2	3.0	2.5	0.8	0.3	0.8	0.6
jajčnik	/	/	/	/	9.4	5.1	5.0	3.1
trebušna slinovka	8.2	7.9	2.7	2.5	5.4	5.1	2.1	2.0
prostata	62.0	10.6	12.0	5.6	/	/	/	/
želodec	16.7	10.4	21.1	16.0	7.3	4.7	10.0	8.1
testesi	4.6	0.3	0.8	0.3	/	/	/	/
ščitasti hrustanec	2.9	0.3	1.0	0.3	9.1	0.4	3.4	0.7
Skupaj:	300,1	143,9	160,3	119,3	225,5	87,3	138,0	85,4

4 DEPRESIJA PRI PACIENTIH Z RAKOM

Ko se pacienti srečajo s kronično boleznijo ali z napredujočo smrtno boleznijo, se odzovejo na bolezen ali poškodbo kot na stresni dogodek. Izgube, povezane s kronično boleznijo, se kažejo v (14):

- spremembah v zdravstvenem statusu: izguba energije in apetita, zmanjšanje kognitivne sposobnosti, zmanjšana sposobnost komunikacije, zmanjšana mišična koordinacija in mobilnost;
- izgubi delov telesa, spremembi telesne podobe;
- spremembah v vlogah: poklicne in partnerske vloge;
- spremembah v samospoštovanju in samopodobi;
- spremembah v odnosu z drugimi – izguba bližnjih, izolacija, izguba podpore;
- spremembah v kvaliteti življenja (bolečine, utrujenost in slabše finančno stanje).

Pacienti, ki doživljajo nemoč s svojim stanjem in boleznijo, se vdajo v usodo, kar pa je lahko posledica pojava depresije (14).

4.1 REAKCIJA OB DIAGNOZI

Milakić Snoj in Ličina (15) navajata, da sta žalost in potrnost normalna odziva na boleče življenjske dogodke, povezane z aktualno ali mogočo izgubo, prav tako sta pričakovani čustveni reakciji, ko pri posamezniku ugotovimo raka v prelomnih trenutkih razvoja bolezni, posebej med njenim napredovanjem. Diagnoza raka sproži stresni odgovor, ki ga povzročajo pacientovo dožemanje bolezni, simptomi in stigma, povezana s to boleznijo. Pri večini pacientov z rakom je strah najbolj povezan z bolečo smrtjo (15). Servellen (14) ugotavlja, da paciente z rakom skrbi invalidnost in odvisnost od drugih, zunanje telesne spremembe, spremembe telesnega delovanja ter izgube pomembnih socialnih stikov (14). Strah pacientov z rakom je podoben pri vseh, prizadetost, ki jo ob tem kažejo, pa se močno

razlikuje. Milakić Snoj in Ličina (15) navajata, da je intenzivnost reakcije na bolezen odvisna od treh glavnih dejavnikov (15):

- **medicinski dejavniki** (lokalizacija in stadij bolezni ob diagnozi, možnosti zdravljenja, prognoza bolezni in prisotnost bolečine),
- **psihološki dejavniki** (prejšnja osebna naravnost, sposobnost prilagoditve in soočanja, čustvena zrelost, podiranje začrtanih življenjskih ciljev in sposobnost spreminjanja načrtov)
- **socialni dejavniki** (možnosti finančne in čustvene podpore družinskih članov, prijateljev ali sodelavcev, družbena in kulturološka gledišča in prepričanja o raku).

Prizadetost, ki že prehaja meje, pogojno označene kot normalne, ki vpliva na običajno funkcioniranje pacienta in je ni več mogoče tolerirati, zahteva vrednotenje, diagnostiko in obravnavo (15).

Zaradi kompleksnosti dejavnikov, ki vplivajo na reakcije ob diagnozi rak, je sporočanje diagnoze zahteven, čustveno nabit dogodek, ki je stresen tako za pacienta in svojce kot tudi za zdravstvenega delavca, ki slabo novico sporoča. Poznavanje osnov podajanja slabe novice, prepoznavanje reakcij pacientov ob stresu ter uporaba najprimernejših načinov reagiranja ob pacientovem odzivu pomagajo zdravstvenemu delavcu, da slabo novico preda umirjeno, jasno in v skladu s pacientovimi potrebami. Ob tem se zmanjša tudi stres, ki ga sicer zdravnik ob podajanju slabe novice doživlja (16).

4.2 SOOČANJE Z BOLEZNIJO

V knjigi z naslovom Stres, tesnoba in depresija pri bolnikih z rakom (17) je napisano, da srečanje z rakom, bodisi pri sebi ali pri bližnjem, lahko pa samo pri znancu, pusti v človeku določene posledice. Odvisne so od posameznikovega odziva na novico, odziv pa je odvisen od posameznikovih osebnostnih lastnosti. Ob soočanju z rakom se vsakdo zave

svoje majhnosti, minljivosti in ranljivosti v primerjavi z močjo narave. Človek se znajde v stiski, če zboli sam ali pa se rak pojavi pri svojcu, prijatelju ali znancu (17).

Spoprijemanje z maligno boleznijo in njenim zdravljenjem je dolgotrajen in postopen proces, v katerem se prepletajo različna doživljanja – šok, strah, negotovost, brezup, depresivnost. Pacienti se velikokrat sprašujejo, »zakaj jaz« in »kaj sedaj«. Sprašujejo se, ali je njihovo doživljanje »normalno« ali pa predstavlja »šibko psiho«. Strah jih je, da bi »ne biti močan« lahko vplivalo na slabši izid zdravljenja (18).

Kako se bo posameznik spoprijemal z boleznijo, je odvisno od številnih dejavnikov. Najprej je pomembna sama bolezen in njeno zdravljenje – večkrat imajo več težav pacienti z napredovalo boleznijo ob slabši prognozi, ob več telesnih težavah, predvsem bolečini. Glede na vrsto bolezni raziskave razkrivajo več stisk pri pacientih s pljučnim rakom ter tumorji centralnega živčnega sistema. Pomembni so osebni dejavniki in aktualna življenjska situacija – bolj ogroženi so samski in mlajši pacienti, pa tudi starejši od 65 let, posebej kadar so v anamnezi prisotne tudi druge izgube. Pomembni pa so tudi dejavniki socialnega okolja, kot so splošne socialne predstave o raku ali dostopnost zdravstvenih storitev (18).

Elisabeth Kubler Ross se je v svojem življenju ukvarjala z neozdravljivimi boleznimi in umiranjem. Menila je, da obstaja pet faz umiranja (ali izgube). »V prvi fazi, ki je privajanje na izgubo, oseba zanika resnost zdravstvenega stanja. Temu sledi jeza zaradi situacije, ta se lahko izraža v odnosu do medicinskih sester in zdravstvenega osebja, prav tako pa tudi v odnosu do družine in prijateljev, do boga in do usode. V tretji fazi pacient baranta z življenjem ali usodo, da bi pobegnil iz teh okoliščin. Sledi faza depresije, potem ko je pacient doumel, da je stanje neizogibno, izguba in ločitev pa vključujeta priznavanje bolezni. Končno pacient sprejme okoliščine in tako zmore realno reagirati nanje« (19).

V literaturi Vegelj Pirčeve, Škufce (20) in Payna ter Walkerja (21) je navedenih 5 faz značilnega psihološkega obrambnega vedenja po Kubler-Rossovi, ki jih v nadaljevanju podrobneje opredeljujemo:

Zanikanje

Nekateri pacienti zaradi nevednosti, negotovosti in strahu odlašajo že s prvim pregledom pri zdravniku. Še toliko težje potem sprejmejo realno stanje diagnoze in bolezni. Za to potrebujejo dalj časa kot drugi. Poleg tega iščejo razne vzroke, ki bi jim lahko pripisali simptome bolezni. Včasih še med zdravljenjem v bolnišnici ne dojamejo, kaj šele sprejmejo svoje bolezni. So nezaupljivi, dvomijo, veliko sprašujejo in imajo pri tem svojo razlago. Zaradi neznanja in nerazumevanja zdravstvenega osebja se lahko tudi sprejo (20).

Napadalnost, jeza

Paciente muči vrsta vprašanj, na katere ni odgovorov. So napeti in razdražljivi, vsaka malenkost jih vrže s tira. Pogosto se sprejo z najbližjimi, s svojci, z osebjem, včasih zgolj stresajo nezadovoljstvo zaradi npr. hrane, nege. Napadalnosti ne smemo vzeti kot neposreden napad na nas, ampak se moramo vživeti v njegov položaj, v stisko pacienta (20).

Pogajanje

Običajno je to kratkotrajna, prehodna faza. Ko pacient sprejme realnost svoje bolezni, je za svoje zdravje, za ceno življenja, pripravljen storiti vse. Sprejme mogoče zdravljenje, ki ga je sprva odklonil, češ da je pretežko in s svojimi posledicami preveč obremenjujoče. Lastna mu postane želja po življenju. Vedno se pogaja, da bi odložil svoj konec. Pacienti si časovno mejo postavljajo kar sami (21).

Duševna potrtost, depresija

Ko je bolezen napredovala in se mora pacient vedno znova vračati v bolnišnico in ko so izčrpani že vsi načini zdravljenja ter mu pojemajo telesne moči, zapade pacient pogosto v stanje globoke duševne potrtosti. Občuti, da izgublja vse, njegovi interesi se zožijo, prelivata ga žalost in obup. Druga vrsta potrtosti pa predstavlja način pacientove priprave na dokončno izgubo vsega in na sprejetje svoje usode. V takem primeru ni umestno, da poskušamo pacienta za vsako ceno bodriti in razvedriti. Besede dostikrat niso potrebne, bolj važno je, da ga z razumevanjem poslušamo in smo udeleženi v njegovi bolečini (21).

Sprejetje, umiritev

Če pacienta spremljamo skozi predhodne faze, se le-ta čustveno odzove, sprejme svoje stanje in se umiri. Komunikacija se zoži na tiho prisotnost. V tem obdobju družina potrebuje več pomoči kot pacient sam. Svojci si želijo za vsako ceno še kaj storiti za pacienta (21).

Pacient gre lahko skozi vse faze, lahko so daljše ali krajše, lahko katero od njih preskoči ali jih nikoli ne preseže. Prehodi med fazami niso jasno razmejeni in včasih v pacientovem vedenju lahko zasledimo dve fazi ali več hkrati. Pacienti doživljajo različna obdobja duševnih stisk, ki se izmenjujejo in ponavljajo v sorazmerju s stanjem telesne bolezni (20,21).

V knjigi z naslovom Stres, tesnoba in depresija pri bolnikih z rakom (17) je napisano, da ima zgodba o soočanju z rakom več plasti, med katerimi je tudi možnost pretiranega strahu oziroma žalosti in tesnobe. Vse to povzroča nepotrebno trpljenje in zmanjšuje kakovosti človekovega življenja, ovira pa tudi uspešnost zdravljenja same maligne bolezni (17).

Sporočanje slabe novice naj ne bi bilo izvedeno kot enkratno dejanje, ampak bi naj bil vselej proces. Upoštevati je potrebno, da je pacientov strah pred neznanim bolj obremenjujoč kot je lahko sprejetje resnice (22).

Zato je pri vsakem sporočanju potrebno upoštevati naslednje dejavnike (22):

- pacientovo osebnost,
- pacientovo situacijo pred boleznijo,
- vrsto in stopnjo psihosocialne podpore v zakonski ali partnerski zvezi, v družini, na delavnem mestu, med sodelavci in prijatelji,
- vrsto ali stopnjo obremenjenosti z boleznijo glede na razširjenost bolezni, potrebe po kemoterapiji in radioterapiji glede na spremembe videza, partnerskih in poklicnih relacij in socialnega položaja (22).

Preko literature, uporabljene v tem poglavju ugotovimo, da se vsak pacient spopada z boleznijo na svoj način. Veliko je takih, ki so se sami sposobni soočiti in boriti z boleznijo ter jo tudi premagati. Navadno ti pacienti sami dobro sodelujejo z zdravstvenim osebjem, sprašujejo, iščejo informacije, so aktivni. Nekateri pacienti pa nimajo te moči, zato je potrebno, da zdravstveno osebje prepozna take posameznike in jim pri tem tudi pomaga. Prepoznavati mora še tako neznačilne oblike pacientovega vedenja in mu pomagati, da najde pravo pot, pot k ozdravitvi in okrevanju.

4.3 POJAV DEPRESIJE PRI PACIENTIH Z RAKOM

Ob napredku medicinske znanosti, ki omogoča daljše preživetje pacientov z rakom, ni več pomembno le, ali in koliko časa bo pacient preživel, ampak tudi, kako bo živel. Vedno pomembnejše je vprašanje kakovosti življenja z boleznijo. Ko razmišljamo o psihosocialnih vplivih raka na življenje pacienta in njegovih bližnjih, govorimo o ljudeh z zelo različnimi vrstami bolezni, v različnih stadijih, ob različnih režimih zdravljenja. Pa vendarle so nekatere izkušnje skupne večini ljudi z izkušnjo življenja ogrožujoče bolezni – negotovost glede prihodnosti in drugi psihični odzivi (18).

Ebert Moltara (16) v svojem delu navaja, da sta najpogostejši duševni motnji pri pacientih z rakom depresija in anksioznost. Čeprav sta obe odraz pričakovanih čustev kot odgovor na stres, ki ga zagotovo sproži diagnoza rak, se pogosto člani lečečega medicinskega tima in pacienti sprašujejo, do kdaj je takšna reakcija »še normalna«, kdaj pa prehaja mejo »bolezenskega« (16).

Prepoznavanje bolezenskih znakov depresije, ki potrebujejo strokovno obravnavo in zdravljenje, predstavlja kritičen trenutek v skrbi za pacienta. Simptomi depresije namreč ne vplivajo le na poslabšanje kvalitete življenja pacienta in njegove družine, temveč tudi na skrbnost in zmožnost pacientov, da vztrajajo, sodelujejo in prenesejo naporno zdravljenje ter tako posredno vplivajo tudi na izid bolezni in zdravljenja (16).

Simptomi depresije so številni in se izražajo v različni intenziteti in različnih kombinacijah. Milakić Snoj navaja naslednje simptome (1):

- občutki potrtosti, žalosti, tesnobe,
- pomanjkanje volje in energije,
- izguba veselja in zanimanja za prijetne stvari in običajne vsakodnevne dejavnosti,
- občutki pesimizma, brezvrednosti, nizkega samospoštovanja, krivde, nebogljenosti,
- nemir, razdražljivost
- motnje koncentracije, pozornosti in spomina,
- motnje spanja,
- težave v spolnosti,
- misli na samomor,
- različni telesni znaki, kot so pomanjkanje apetita, utrujenost, izguba teže, prebavne motnje, glavobol, bolečine drugod po telesu so lahko posledica depresije. Pozor! Pri pacientih z rakom so telesni simptomi lahko posledica maligne bolezni oziroma njenega zdravljenja (1).

Dernovšek s sod. (17) poudarjajo, da je pojav resne bolezni, kot je rak, zelo pogosto sprožil dogodek za nastanek depresije. Pri pacientih z rakom lahko poleg same diagnoze bolezni (šok, zanikanje, žalost, nespečnost, otopelost, strah pred prezgodnjo smrtjo, nezmožnost normalnega delovanja, razmišljanja, pozornosti in osredotočenosti), depresijo sproži tudi začetek zdravljenja, soočanja s stranskimi učinki zdravljenja, zaključek zdravljenja ter kontrolni pregledi (17).

4.4 INCIDENCA DEPRESIJE PRI PACIENTIH Z RAKOM

Milakić Snoj (23) navaja, da so izsledki ene od največkrat citiranih raziskav, v katero je bilo vključenih 215 naključno izbranih, ambulantno vodenih in hospitaliziranih pacientov z rakom, potekala pa je v treh vodilnih ameriških centrih za zdravljenje raka, pokazali, da je 47% pacientov imelo klinično izražene znake psihiatrične motnje. Od teh je 68% pacientov kazalo znake depresivnosti in anksioznosti v okviru prilagoditvene motnje, 13% je imelo veliko depresijo, 8% organsko duševno motnjo, 7% osebnostno motnjo in 4% že predhodno anksiozno motnjo (23).

Milakić Snoj (23) ugotavlja, da je žal odkritih in ustrezno zdravljenih le 20-50% pacientov z omenjenimi motnjami. Za to je krivo predvsem prepričanje, da je za rakavega pacienta normalno, da je depresiven. Posledica takšnega mišljenja je neprepoznavanje in s tem povezano nezdravljenje depresije v populaciji pacientov z rakom (23).

V Tabeli 2 so prikazani rezultati raziskave o prevalenci duševne stiske pri pacientih z različnimi rakastimi obolenji, ki jih je pripravil Simonič (24). Vidimo, da tekom bolezni v največji meri doživljajo duševno stisko pacienti s pljučnim rakom, ki si tako na področju psihološke obravnave zaslužijo posebno pozornost. Glede na metodologijo omenjene študije pacientom s pljučnim rakom sledi skupina pacientov z možganskimi tumorji, Hodgkinovo boleznijo, rakom trebušne slinavke in limfomom, kar so vse obolenja s trenutno relativno neučinkovitimi terapijami, ki pogosto zajemajo operacijo, kemoterapijo in obsevanje. Duševna stiska naj bi bila večja pri ljudeh, starih od 30 do 60 let, medtem ko po 60. letu začne postopoma upadati, izrazito pa se dvigne ponovno po 80. letu starosti, zlasti pri pacientih, ki so ovdovele in imajo nižje dohodke (24).

Tabela 2: Prevalenca duševne stiske pri pacientih z različnimi rakastimi obolenji (24).

DIAGNOZA	% POZITIVNIH PRIMEROV
pljučni rak	43.4
možganski tumorji	42.7
Hodgkinova bolezen	37.8
rak trebušne slinavke	36.6
limfom	36.0
rak jeter	35.4
rak glave in vratu	35.1
adenokarcinom(primarno neznan)	34.9
rak dojke	32.8
levkemija	32.7
melanom	32.7
rak črevesja	31.6
rak prostate	30.5
ginekološki raki	29.6

Pomanjkljivost zgornje študije Simoniča (24) je, da je zajela paciente v različnih fazah bolezni, zaradi česar ti podatki dajejo le delno informacijo o duševni stiski glede na vrsto rakastega obolenja. Zgornje podatke lahko nekoliko dopolnimo s spoznanji, da naj bi se duševna stiska pri različnih napredovalih rakastih obolenjih pojavljala kar v 69% (24).

Če povzamemo, ugotovimo da je depresija ena izmed najbolj pogostih duševnih motenj pri pacientih z rakom. Diagnoza raka v človeku vedno sproži hudo stisko, ljudje pa se na bolezen odzovemo zelo različno. Zmotno je prepričanje, da je pri pacientih z rakom depresija normalen pojav. Zaradi tega je depresija pri pacientih z rakom premalokrat prepoznana in zato tudi nezdravljena.

Pričakovana reakcija ob diagnozi rak je žalost in takrat pacient običajno potrebuje le odkrit in obsežen pogovor z zdravstvenim delavcem. Če pa se stiska v določenem obdobju ne popravi, je potrebna nadaljna strokovna obravnava in zdravljenje.

Praktično vsi pa so po ugotovljeni diagnozi raka postavljeni pred celo vrsto sprememb v svojem življenju, s katerimi se vsak od njih spoprijema na sebi lasten način.

5 PALIATIVNA OSKRBA IN ZDRAVSTVENA NEGA

Kovač in Zwitter (25) poudarjata, da svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 1999) definira paliativno oskrbo kot aktivno pomoč kronično in neozdravljivo bolnim ter njihovim svojcem. Pacientom naj bi v največji meri zmanjševali trpljenje in skrbeli za boljšo kakovost življenja. Poleg tega naj bi tudi lajšali bolečine in ostale moteče simptome ter skrbeli za duševne in duhovne potrebe pacientov in njihovih svojcev. Pomagali naj bi jim živeti kolikor je mogoče aktivno do smrti (25).

Onkološki inštitut (26) na svoji spletni strani podaja, da je paliativna oskrba sestavni del oskrbe pacientov, katero izvaja multidisciplinarni tim. V ožjem timu je lečeči onkolog, medicinska sestra, socialni delavec in koordinator tima za paliativno oskrbo, v širši tim pa so vključeni še strokovnjaki različnih strokovnih enot: ambulanta za zdravljenje bolečine, oddelek za psihoonkologijo, enota za klinično prehrano in dietoterapijo, enota za fizioterapijo in lekarna s kliničnim farmacevtom. Zelo pomembna je tudi vloga strokovnjaka za duhovno oskrbo, prostovoljec in svojec (26).

Bistveni elementi obravnave pacientov v paliativni oskrbi so (27):

- natančna simptomatska terapija,
- dobra komunikacija,
- partnerski odnos do pacienta,
- podpora družini,
- delo v timu,
- kontinuiteta.

Pri zagotavljanju vseh šestih elementov imajo medicinske sestre ključno vlogo. Najpomembnejše so: prepoznavanje in reševanje telesnih, psihosocialnih in duhovnih potreb posameznika in družine, po potrebi vključevanje drugih članov paliativnega tima v obravnavo pacienta in njegove družine, vzpostavitev in ohranitev terapevtsko vodene

komunikacije ter zagotavljanje njene kontinuitete tudi po odpustu pacienta iz bolnišnice (27).

Skela Savič (28) povzema, da paliativna oskrba zajema celovito obravnavo pacientovih psiholoških, socialnih, duhovnih in eksistenčnih potreb, kjer so v ospredju potrebe v zvezi z neozdravljivo boleznijo. Paliativna oskrba zagovarja življenje in pogled na smrt kot naravni proces, ki je predvsem osebna izkušnja za posameznika in njegovo družino. Osnovni cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše kvalitete življenja z ublažitvijo trpljenja, obvladovanjem in blaženjem simptomov napredovane bolezni ter obnavljanje funkcij telesa v skladu z občutenji posameznika, kulture naroda, religioznih vrednot, pričakovanj in prakse v določenem okolju (28).

Po mnenju Ivanuše in Železnikove (29), paliativna zdravstvena nega ni samo za paciente, ki so v zadnjem stadiju bolezni, ampak za paciente vseh starosti, katerih koli diagnoz, ob vsakem času in ne samo ob zadnjih dnevih umirajočega. Pacientom omogoča boljšo obveščenost in lajšanje simptomov (29).

Gonilna sila onkološke paliativne zdravstvene nege je vedno pacient in njegova družina ter s tem povezane potrebe in ne prognoza bolezni. Medicinska sestra mora razumeti proces doživetja in soočanja v času napredovale bolezni ter vpliv pacientovega stanja na družino. Upanje pacienta je potrebno redefinirati v realne cilje za pacienta in družino (28).

Za zaključek lahko rečemo, da se človek mnogokrat, dokler je zdrav, ne zaveda, da se lahko njegovo življenje v hipu spremeni zaradi bolezni. Že sama diagnoza hude bolezni pri človeku vzbudi ogromno negotovosti in negativnih čustev. Paliativna oskrba je pomemben element v življenju hudo bolnega človeka, vse od prve diagnoze pa do terminalne faze bolezni in posledično smrti, njen glavni namen pa je ohranjanje človekovega dostojanstva ves čas bolezni, lajšanje bolečin in zagotavljanje čim bolj kakovostnega življenja do smrti. Glede na to da živimo v svetu, kjer so kronična obolenja vse pogostejša, prav tako pa se povečuje tudi pojavnost rakavih obolenj, bo pomen paliativne oskrbe v prihodnosti še

večji. Paliativni oskrbi bo potrebno nameniti še več pozornosti, predvsem v smislu izobraževanja in usposabljanja zdravstvenega osebja in zagotavljanja ustreznih prostorskih in materialnih pogojev za nadaljnji razvoj te izredno pomembne veje zdravstvene oskrbe.

5.1 DOŽIVLJANJE SVOJCEV V ČASU UMIRANJA

Vindiš in Brumec (30) razlagata, da huda bolezen in umiranje ne prizadeneta samo tistega, ki je zbolel, temveč se dotikata vseh, ki so mu blizu, še posebej ožjih družinskih članov. Družinski člani doživljajo fizične obremenitve, ki jo prinaša oskrba pacienta, od nege do številnih obiskov osebnega zdravnika, specialista, spremljanj na kontrolne preglede v bolnišnico. Poleg strahu in vsega, kar obremenjuje družino ob hudi bolezni in umiranju, pa so na preizkušnji tudi vzdržljivost medsebojnih vezi, ustaljene navade in rituali. Pacient ne more več skrivati dejstva, da se bolezen slabša, da postaja vse bolj odvisen od drugih, da potrebuje stalno zdravniško oskrbo in nego, se mora neprestano razgaljati pred tistimi, ki mu pomagajo. Razgalja svoje bolno telo in dušo. Ob vsem tem pa se razkrivajo tudi odnosi, ki vladajo v družini. Pacient doživlja omejitve na vsakem koraku. Nanje se boleče odziva z nerazumevanjem potreb drugih, zahtevo po popolni vdanosti in pripravljenosti, iskanju krivde pri sebi in bližnjih (30).

Kako se bo družina soočala z boleznijo, smrtjo in žalostjo, je po mnenju Wolfove (31) odvisno od številnih dejavnikov. Drugačno je sprejemanje umiranja starejših kot mladih. Drugačni sta nenadna ali pričakovana smrt. Družinska dinamika, ki je do takrat delovala, se poruši. Dejavnosti se usmerijo v ohranjanje ravnotežja normalnega in ustaljenega življenja (31).

Svojci doživljajo lastno pot spoprijemanja s procesom umiranja definiranega po Brumčevi (32): zanikanje, dvom, jezo, pogajanje, depresijo in morda sprejetje. Ves čas hude bolezni je napolnjen s čustvi tesnobe, strahu, upanja, brezupa, krivde, jeze, žalosti, razočaranja, nemoči, pa tudi zadoščenja, hvaležnosti, bližine, odpuščanja. Družinski člani čutijo tudi fizično obremenitev, prizadevajo si za vse mogoče načine in metode zdravljenja, ki bi

utegnile še pomagati. Nemalokrat jim to povzroča, utrujenost, razdvojenost, osamljenost, odrekanje, izčrpanost in gmotne težave (32).

6 KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI

Pravica varovanja do informiranosti je v sodobni družbi ključnega pomena celovite zdravstvene obravnave varovanja. Komunikacija je pogosto za profesionalce v zdravstveni negi nekaj samoumevnega, zavedati se je začnemo tedaj, kadar pride do trenja med nami in sogovornikom. Učinek komuniciranja kot zapletenega procesa se moramo naučiti v sklopu mnogih predavanj. Tako moramo pri komuniciranju upoštevati načela humanosti, etičnih meril, vsestranske strpnosti, kakor tudi sposobnost posameznika za doseganje sprejemanja naših vrednot. Tako je učinkovita komunikacija med dvema osebama tista, pri kateri si prejemnik razlaga sporočilo pošiljatelja enako, kot je le-ta želel, da bi si (33).

Lunder (34) in Neeraj (35) navajata, da je dobro sporazumevanje eden najpomembnejših vidikov oskrbe pacienta. Sporazumevanje vpliva na izgradnjo odnosov s pacientom vse od postopkov diagnoze, ocene stanja, zdravljenja in blaženja simptomov do smrti (34, 35). Kot je zapisal Neeraj (35) raziskave dokazujejo, da v zdravstvu osebje povečini ne obvlada primernih veščin komuniciranja kljub temu, da rezultati raziskav kažejo na pacientove velike potrebe po tem (35).

V švedski raziskavi pacientovega videnja sporočanja slabe novice, katero so opravili Friedrichsen in sod. (36), so pacienti z rakom zdravstvene delavce, ki sporočajo slabe novice, identificirali v šestih skupinah (po vrstnem redu glede pogostosti ocen) (36):

1. neizkušeni delavci,
2. čustveno prizadeti,
3. visoko strokovni, a grobi,
4. prijazni, a brez takta,

5. »distancirani« zdravstveni delavci,
6. sočutni strokovnjaki.

Odnose v tem času so pacienti opisali kot izredno pomembne. Oboje, značaj in sposobnost za ustvarjanje osebnega odnosa s pacientom, po mnenju pacientov močno vpliva na njihovo prilagajanje v novi specifični situaciji ob težavni bolezni (36).

Lunder (34) raziskave komuniciranja med medicinskimi sestrami in pacienti razdeli v dve kategoriji: tiste, ki skušajo opisati interakcije s pacienti, in na tiste, ki te interakcije želijo spreminjati. Mnogo je že znanstveno dokazanih izsledkov o vrstah učinkovitih veščin za boljše zadovoljstvo pacientov (in zdravstvenih delavcev) in tudi o metodah poučevanja le-teh (34).

Dobre veščine sporazumevanja so potrebne predvsem: ob sporočanju slabe novice, ob pacientovem ali svojčevem zanikanju stanja bolezni, ob težavnih neposrednih vprašanjih in ob močnih čustvenih reakcijah. Vsi vemo, da se komuniciranje opredeljuje na besedno in nebesedno, vendar v življenju ni ločenosti: kar govorimo spontano, se tudi odraža v nebesedni govorici. Kar pa izgovorimo s trdom in ni v skladu z našo naravnostjo, ponavadi izda drugačna nebesedna govorica, ki je celo bolj prepričljiva kot besede (34).

Škufca Smrdel (37) v zborniku navaja, da so veščine komunikacije, ki gredo z roko v roki s strokovnim znanjem zdravstvenih delavcev, poimenovane tudi kot »temeljni kamen celostne obravnave pacientov«. Večini pacientov so zdravstveni delavci najpomembnejši vir informacij o bolezni in njenem zdravljenju, prav tako pa tudi pomemben vir emocionalne podpore pri spoprijemanju z boleznijo. Pacienti namreč ob boljši komunikaciji pridobijo več znanja in boljše razumevanje kompleksnih medicinskih informacij, boljše psihološko prilagoditev, bolj realistična pričakovanja, ob jasnem načrtu zdravljenja se zmanjšajo občutja negotovosti, poveča se občutek, da je situacija »pod nadzorom«. Ob tem lahko pacient v procesu zdravljenja lažje sodeluje in bolje obvladuje tudi zaplete (37).

V nizozemski raziskavi avtorjev Kruijver in sod. (38), v katero je bilo vključenih 53 medicinskih sester, je bilo ugotovljeno, da se je velik del emocionalnega dela komunikacije s pacienti nanašalo na posplošen pogovor, kot so pritrjevanja (19%), parafraze (10%). Manj komunikacije je bilo povezane s sočustvovanjem (2%), empatijo (2%) in vlivanjem upanja (2%) (38).

V profesionalnem delu komunikacije je bilo zaslediti največ podajanja strokovnih informacij (24%), sledijo ji psihosocialne teme (11%) in teme o organizaciji zdravstvenega osebja (6%) (38).

Raziskava je razkrila tudi, da so vprašanja zaprtega tipa, kjer je pričakovan odgovor kratek, t.j. ja ali ne, prevladovala (88%), vprašanja odprtega tipa pa so bila v manjšini (38).

Med pristopom in komunikacijo se je med neverbalno komunikacijo največkrat pojavilo gledanje pacienta in razumevajoče prikimavanje. Nasmeh in emocionalen dotik sta bila manj pogosta (38).

Ustrezna komunikacija pa ni pomembna samo z vidika pacienta, ampak kot ugotavlja Rakovec Felserjeva (22), ima pomemben vpliv tudi na zadovoljstvo pri delu in nastajanje sindroma izgojenosti pri zdravstvenih delavcih. Pomankljiva oziroma neučinkovita komunikacija namreč poveča možnost psihičnih problemov pri članih zdravstvenega tima. Z ustrezno komunikacijo dobijo tako več ključnih informacij za zdravljenje od pacienta, hitreje postavljanje diagnoze, lažje ugotavljanje pacientovega počutja, lažje svetovanje glede problemov, s katerimi se pacient srečuje... (22).

Če povzamemo nekatere strokovne izsledke, osnovo za dober medoseben odnos med medicinsko sestro in pacientom predstavlja učinkovita besedna in nebesedna komunikacija, saj le-ta omogoča priznavanje vrednot posameznika in dopušča pravico pacienta do sprejemanja lastnih odločitev, kar mu olajša obdobje bolezni. Medosebni odnos vpliva na oba udeleženca, kar je posledica umetnosti medsebojnega komuniciranja in izmenjave občutij. Medicinska sestra mora biti izobražena, znati mora komunicirati, uporabljati empatijo, znati mora poslušati in slišati. Svoje delo mora opravljati profesionalno,

odgovorno, pomembno je spoštovanje posameznika in njegovih pravic. Vsi zdravstveni delavci bi se morali zavedati, kako pomembna je ustrezna komunikacija. Od dobre komunikacije so odvisni tudi medsebojni odnosi. Če so medsebojni odnosi dobri, je tudi kvaliteta del boljša, kar pa pogojuje zadovoljstvo, ki si ga ljudje želimo.

6.1 TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI

Terapevtska komunikacija omogoča pacientu pozitivne izkušnje. Vanjo sta vključena tako medicinska sestra kot pacient. Vsak od njiju predstavlja celoto in vsak od njiju je prinesel v ta odnos svoje spomine, občutke, strahove, pričakovanja, vrednote, sposobnosti, svoje napake in omejitve (39).

Pajnkihar (5) opisuje, da je značilnost terapevtske komunikacije usmerjenost na pacienta. Komunikacija medicinske sestre s pacienti je ena izmed bolj zahtevnih komponent njenega poklicnega delovanja. Terapevtsko komunikacijo lahko definiramo tudi kot aktiven, na pacienta usmerjen proces, katerega cilj je zadovoljevanje pacientovih potreb po zdravstveni negi. V tem se terapevtska komunikacija bistveno razlikuje od vsakdanje komunikacije, pri kateri oba udeleženca komunikacijskega procesa iščeta zadovoljevanje svojih lastnih potreb. Vzpostavljanje terapevtskega odnosa pa zahteva čas, znanje, skrbno vodenje medicinske sestre in kar je najpomembnejše, sloni na zaupanju. Prav tako pa terapevtski odnos temelji tudi na spoštovanju in poštenosti (5).

Na začetku srečanja s pacientom je cilj vzpostavitev odnosa in ustvarjanje varnega, neogrožujočega okolja. V naslednji fazi pa je poudarek na identifikaciji potreb, na razjasnitvi ciljev in pričakovanj. Zavedanje ciljev na katerikoli stopnji pomaga vzdrževati k cilju usmerjeno komunikacijo (39).

Škerbinek (40) v svojem delu navaja, da je medicinska sestra s svojo aktivnostjo vpletena v osebno rast in razvoj pacienta in ne sme biti samo nekdo, ki obravnava bolni organ. Oblikovanje vzdušja zaupanja se začne že s tem, da ponudimo svojo pomoč, kar pomeni samega sebe. Včasih to storimo z besedo, lahko pa tudi samo s svojo prisotnostjo. Zaupanje v odnosu gradi tudi doslednost v vedenju medicinske sestre. Škerbinek meni, da je pomembno, da pacientu vedno obljubimo samo tisto, kar lahko izpolnimo. Poleg besednih sporočil so v odnosu pomembna tudi nebesedna sporočila pacienta in medicinske sestre. Ko že govorimo o odnosu med medicinsko sestro in pacientom, pa ne smemo prezreti tudi odnosa med svojci pacienta in medicinsko sestro, ki naj bo enako korekten kakor odnos do pacienta (40).

6.2 ZNAČILNOSTI TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE

Servellen (14) pri terapevtski komunikaciji postavlja v ospredje skupno delovanje medicinske sestre in pacienta za doseganje ciljev negovalnega procesa in zdravstvene oskrbe kot celote. Medicinska sestra vzpostavi s pacientom odnos, ki ji omogoča natančno zbiranje podatkov in zagotavlja možnosti za skupno dogovarjanje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege (14).

Značilnosti

Poznamo veliko značilnosti terapevtske komunikacije. Te značilnosti so (40, 14): usmerjenost v pacienta, usmerjenost k cilju, empatija, spoštovanje, sprejemanje, zaupnost, samorazkrivanje.

Usmerjenost v pacienta

Terapevtska komunikacija je na pacienta usmerjen proces, katerega cilj je zadovoljevanje njegovih potreb po zdravstveni negi. V tem se ta komunikacija razlikuje od vsakdanje, ki zadovoljuje potrebe obeh udeležencev. Medicinska sestra naj bi imela to pomembno dejstvo vedno pred očmi, da ne bi morda nezavedno uporabljala interakcije za zadovoljevanje svojih lastnih potreb (40).

Usmerjenost k cilju

Vsaka interakcija je usmerjena k potrebam pacienta. Na začetku je cilj vzpostavitev odnosa, nato terapevtski dogovor in razjasnitev ciljev in pričakovanj obeh (40).

Empatija

Empatija pomeni spoštljivo nepristransko zavzetost. Medicinska sestra razume, kaj pacient doživlja, vendar ne podoživlja z njim čustev. Simpatija pa pomeni poistovetenje s pacientom in doživljanje čustev z njim. To pomeni, da medicinska sestra ne obvladuje več situacije in ima tudi za pacienta omejeno terapevtsko vrednost (40, 14).

Spoštovanje

Pomeni poznavanje pravice, da je lahko drug človek drugačen, tako tudi pacient. Večkrat mora medicinska sestra skrbeti za pacienta, katerega vrednote in življenjski cilji so drugačni, včasih celo moteni. Če se pacient in medicinska sestra ne strinjata glede ciljev, vendar je njun odnos spoštljiv, imata možnost spoznati razlike, hkrati pa jima daje svobodo in pravico do lastnega mnenja (40, 14).

Sprejemanje

Značilnost terapevtske komunikacije je sprejemanje pacienta in njegove sedanje ravni funkcioniranja. Medicinska sestra mora delati z njim, pa čeprav je njegovo vedenje napadalno, bizarno ali neprijetno. Najpomembnejši pri tem je čustveni dejavnik. Medicinska sestra, ki ne obsoja, ampak samo sporoča, kar vidi, ima veliko več možnosti, da pomaga pacientu z neprimernim vedenjem, da se tega zave in se nauči primernejšega vedenja (40, 14).

Zaupnost

Vse interakcije s pacientom morajo biti zaupne narave, razen določenih informacij, ki so pomembne za ostale zdravstvene delavce, vendar namenjene v dobro pacienta (40).

Samorazkrivanje

Tudi v tem se terapevtska komunikacija loči od vsakdanje, kjer se običajno razkrivata oba udeleženca. V terapevtski komunikaciji je samorazkrivanje pacienta namenjeno doseganju

uvida v njegove probleme, občutke in vedenje. Samorazkrivanje medicinske sestre ni primerno, ker lahko pacientu povzroči dodaten stres (40, 14).

6.3 TEHNIKE TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE

Za vzpostavljanje terapevtske komunikacije uporablja medicinska sestra specifične tehnike. Pri tem mora biti nepristranska in tankočutna ter upoštevati, da je vsak pacient individuum s svojimi potrebami in željami. V nadaljevanju so povzete bistvene tehnike terapevtske komunikacije, ki so pomemben del zdravstvene oskrbe, kot jih povzema Ulejeva (41).

- **Aktivno poslušanje.** Aktivni proces sprejemanja informacij in reakcije na sprejeto sporočilo. Terapevtska vrednota je neverbalna komunikacija medicinske sestre, ki z zanimanjem posluša pacienta;
- **Terapevtski dotik.** Sodi med oblike neverbalnih sporočil. Pomen je odvisen od narave odnosov med osebami, od starosti, spola, od situacije. Ločimo dotik intimnosti, dotik dominantnosti in ritualno vlogo dotikov. Če želimo doseči pravi terapevtski učinek, moramo dotik uporabiti ob pravem času, na pravem mestu in na pravi način;
- **Očesni kontakt.** Je eden od najpogostejših in najučinkovitejših neverbalnih signalov. Ima pomembno vlogo v komuniciranju čustev in kaže naravo odnosov med osebama;
- **Odprta vprašanja.** Pacientu pojasnimo vprašanja, da sam določi smer in se odloči, kaj je zanj primerno;
- **Ton glasu.** Je oblika neverbalne komunikacije. Ko govorimo, izražamo naše razpoloženje in odnos do povedanega;
- **Telesna drža.** Predstavlja našo fizično pojavnost, kar je izjemno močno sporočilo drugim ljudem. Telo je v komuniciranju nenehno navzoče, nenehno je postavljeno na ogled;
- **Empatija.** Je ena izmed najpomembnejših dejavnikov podpornega komuniciranja. Empatija je racionalno in čustveno dogajanje, ki temelji na sposobnosti postavljanja

v položaj drugega in vživljanje vanj. To pomeni, da drugega razumemo in z njim sočustvujemo;

- **Tišina.** Periode neverbalne komunikacije med udeleženci. Neverbalna komunikacija je od pacienta sprejeta;
- **Zbranost.** Vprašanja in izjave razširimo ali razvijemo v pacientove ideje.

Ulejeva (41) v svojem delu opisuje, da so cilji terapevtske komunikacije zadovoljiti temeljne človekove potrebe, vzpostaviti terapevtski odnos, posredovati informacije, izmenjati misli in občutke, vplivati na vedenje človeka ter vzpodbujati k aktivnemu sodelovanju (41).

Iz literature je razvidno, da je terapevtska komunikacija v zdravstveni negi zelo pomembna. Je pomemben sestavni del poklicnega delovanja medicinske sestre, ker želi z njo pridobiti zaupanje pacientov in s tem izpostavlja svoje poklicno poslanstvo. Medicinska sestra preko terapevtske komunikacije posreduje pacientom informacije, ki jih potrebuje in jim pomaga pri zadovoljevanju njihovih življenjskih potreb. Pacienti želijo komunicirati z zdravstvenim osebjem, saj želijo pridobiti čim več informacij v zvezi z njihovim zdravstvenim stanjem. Medicinske sestre se morajo zavedati, da imajo opravka s pacientom, ki je zaradi svojega zdravstvenega stanja v posebnem čustvenem stanju in je zato verjetno bolj občutljiv, zato je še pomembno, da ga obravnavamo celostno in spoštujemo njegovo dostojanstvo. Dobra in uspešna terapevtska komunikacija vodi k dobrim medsebojnim odnosom, k sporazumu in dobremu počutju.

6.4 POMEN TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE S PACIENTI Z RAKOM

Medicinska sestra je v najtesnejši komunikaciji s pacientom. Prva pride v stik z njim ob sprejemu in zadnja daje nasvete ob odpustu (42).

Gašperlinova in Vrečkova (42) poudarjata, da celosten pristop k pacientu od medicinske sestre zahteva tudi sposobnost vživljanja v pacientov notranji svet, v njegovo psihosocialno

situacijo, kar ji omogoča razumevanje njegovih čustvenih stisk. To pomeni, da pacienta ne obravnava samo na podlagi njegovih izvidov in izsledkov preiskav. Hkrati pa mora odkrivati in prepoznavati tudi lastne reakcije in čustvene probleme, imeti možnost njihovega razreševanja, da podzavestno obrambno vedenje ne ogrozi pristne komunikacije in terapevtskega odnosa. Pristen odnos, ki temelji na odkritem pogovoru in razvijanju empatičnega razumevanja, daje pacientu občutek varnosti, zaupanja, upanja in je osnova za njegovo nadaljnje tvorno sodelovanje (42).

Zwitter (43) razlaga, da je najmanj pet razlogov za prepričanje, da bi morali komunikaciji s pacientom z rakom nameniti več pozornosti. Boljša komunikacija s pacientom z rakom pomeni osnovno prijaznost do sočloveka; vodi do boljšega sodelovanja pacienta in s tem do uspešnejšega zdravljenja ter do boljšega obvladovanja zapletov bolezni in zdravljenja (43).

Klevišarjeva (44) v svojem delu poudarja, da je dobra komunikacija še prav posebno pomembna takrat, ko je človek bolan in umira. Pomembna je zanj samega, za njegove svojce in vse, ki ga spremljajo. Poleg besedne govorice je izjemno pomembna nebesedna govorica, to je govorica celega človeka: dotik, pogled, kretnja, molk. Tudi molk in poslušanje je izredno pomembna komunikacija. Umirajoči pacient pogosto govori drug jezik, ker je tudi njegov svet drugačen. Pacient ne bo verjel besedam, če jih ne bo podpirala govorica telesa. Ni vseeno, kako vstopimo v sobo k pacientu, kako spustimo kljuko, kako pogledamo, kako odidemo, v kakšni drži se z njim pogovarjamo (44).

Ena od pomembnih nalog medicinske sestre po mnenju Gorše Muhičeve (45) je pomoč pacientu pri besednem izražanju. Kar pacient pripoveduje o sebi, o svojih čustvih, problemih in težavah, so pomembne informacije, s pomočjo katerih medicinska sestra oceni njegove potrebe, oblikuje negovalne diagnoze, načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego po procesni metodi dela. Uporaba tehnik je odvisna od pacientovega stanja, njegovih potreb in pa od stopnje zaupanja, ki se je zgodilo med medicinsko sestro in pacientom. Skupina tehnik, ki opogumljajo pacienta pri izražanju njegovih čustev, so: dejavno poslušanje, pozorno sledenje in odzivanje, postavljanje vprašanj, besedna vodila in

tišina. Tehnike, ki pomagajo medicinski sestri pri razumevanju pacientovih čustev, so: refleksija, parafraziranje, osvetlitev in potrditev (45).

Da bi terapevtska komunikacija potekala med medicinsko sestro in rakavim pacientom čim bolj učinkovito, je nujno, da se medicinska sestra dobro pozna ter obvlada svoja čustva, da nebi zaradi tesnejših odnosov s pacienti ter čustvene povezanosti z njimi izgorela, opozarja Kelsey (46). Poznati mora individualne želje pacienta po informacijah o svojem zdravstvenem stanju ter vedeti kako ti faktorji vplivajo na vsebino njunih pogovorov – katere informacije podati in katere zadržati. Vendar pa se večina zdravstvenih delavcev zaradi etičnih načel in pravic pacientov nagiba k popolni odkritosti glede stanja bolezni in napredovanja le-te, pa čeprav lahko tak pristop pacientu povzroči močan stres (46).

Ko pacienti izvejo, da imajo težko ozdravljivo bolezen, reagirajo na zelo različne načine, kajti vsak človek ima razvit svoj notranji svet in prihaja iz različnih kulturnih, etičnih, socialnih in družinskih razmer. Bolj občutljivi, krhki posamezniki občutijo ob neprijetni novici anksioznost, jezo, čez nekaj časa pa jih lahko povsem preplavi apatija ali »vdanost v usodo« (14).

Medicinska sestra lahko s terapevtsko komunikacijo, ki jo izpopolnjuje preko različnih strokovnih knjig in seminarjev, prispeva k bolj učinkovitemu zdravljenju. V raziskavi Shannona in sod. (47) je bilo ugotovljeno, da je zdravstveno osebje vedno znova podcenjevalo pacientove potrebe po dodatnih informacijah in precenjevalo pacientovo zavedanje o minljivosti življenja (47).

Kako pa lahko medicinska sestra s pomočjo terapevtske komunikacije pomaga pacientu? Na prvo mesto se postavi empatija, ki jo je medicinska sestra dolžna pokazati pacientu. Pri podajanju informacij je iskrena, realistična, vliva upanje. Le na tak način se bo spletel zaupljiv odnos med pacientom in njo. Pogovor s težko ozdravljivim pacientom bi moral biti vnaprej dobro načrtovan (pripravljeni razni podatki o dietah, tabletah,...). Medicinska sestra se o pacientovem znanju o bolezni seznani preko pogovora, na ta način mu tudi

podaja dodatne informacije, ki ga zanimajo. V pogovoru s pacientom je odprta, podaja tudi druge alternativne možnosti ter ga spoštuje in ne pomiljuje (47).

V pomoč medicinskim sestram za bolj učinkovito komunikacijo in seznanitev s pacientovim odzivom na bolezen obstaja nekaj uporabnih vprašalnikov, ki jih je sestavila Servellen (14):

- Kakšno je pacientovo trenutno zdravstveno stanje? Prognoza?
- Kakšno je trenutno znanje pacienta o njegovi bolezni, kako se odziva na izvide?
- Kakšno je pacientovo trenutno počutje, kakšni so njegovi občutki, samozavest, kako se trenutno spopada z njegovo boleznijo?
- Kakšni so trenutni občutki (jeza, anksioznost, zanikanje,...)?
- Koliko so močni občutki zanikanja (zanikanje podatkov o njegovi prognozi, zanikanje bolezni)?
- Kakšno pomoč ima od zunaj (družina, prijatelji)?
- Koliko moči lahko nudi samemu sebi?
- Kakšne duhovne oziroma verske potrebe ima pacient?
- Poleg bolezni se lahko pojavijo še drugi zunanji stresorji, npr. izguba družine, finančna podpora, izguba neodvisnosti, itd. (14).

V raziskavi Stajduharjeve in sod. (48) iz leta 2004 so v Veliki Britaniji, Kolumbiji in Kanadi izprašali prek 200 intervjuvancev z rakavimi obolenji. Vsebina intervjuja se je vrtela okrog terapevtske komunikacije med zdravstvenimi delavci in rakavimi pacienti. Rezultati študije so pokazali, kako pomembna je dobro namerna komunikacija med pacientom in zdravstvenim delavcem. Kako pomemben je čas, ki ga nakloni medicinska sestra pacientu. Poleg profesionalnega delovanja zdravstvenih delavcev je zelo pomembno njihovo izražanje empatije, skrbi in spodbujanje pacienta. Rezultati študije so pokazali, kako pomembno je razumevanje pacientovih občutkov strahov ter izražanje le-teh. Pacienti so bili bolj zadovoljni, če so dobili čim več podatkov, podkrepljenih z diagrami, slikami, ki ponazarjajo razvoj bolezni (48).

V tem delu diplomske naloge se bomo natančneje osredotočili na že prej omenjene ključne sestavine dobre terapevtske komunikacije in na to, kaj le-ta doprinese k boljšemu počutju pacienta.

a) Pomembnost časa

Prek pogovorov s pacienti lahko zasledimo, da ni pomembna količina časa, ki ga medicinska sestra nakloni, ampak dobronamerne besede in dejanja, ki so na mestu in to v zelo kratkem času. Direktni očesni kontakt, intenzivno poslušanje, sedenje poleg pacienta vse to sproži v pacientu občutek, da je razumljen in da ni preslišan ali celo »odpisan« zaradi njegove neozdravljive bolezni (48).

b) Oskrba pacienta

Pacienti se zavedajo, da mora medicinska sestra delovati profesionalno, vendar to ne pomeni, da mora biti do njihovih občutkov ali skrbi hladna, ampak nasprotno, v določenih situacijah mora biti zelo senzitivna. Izraziti mora svojo empatijo, s tem pa v pacientu sproži občutek, da ga podpira in da skrbi zanj. Nekateri pacienti so navedli celo to, da jim je, ko so doživljali občutke anksioznosti, samo rahel trepljaj z roko medicinske sestre sprožil občutek varnosti in olajšanja (42, 44).

Da se pacienti ne bi počutili kot samo ena izmed »števil«, je potrebno, da jih medicinska sestra večkrat obišče, jim prisluhne. Ko se počutijo pod pritiskom, jih opogumlja s pozitivnimi izjavami. Z njimi se pogovarja o spremembi njihove diete, ponuja jim vse potrebne informacije in druge alternativne možnosti. Za zaključek lahko povemo, da poteka pogovor med njima odprto, sproščeno (42, 48).

c) Prepoznavanje strahu pri pacientih

Bistvo dobrega delovanja medicinske sestre je tudi prepoznavanje emocionalnega stanja pacienta. Prepoznati mora njihove strahove, ki se ne vrtijo samo okoli smrti, ampak lahko tudi okoli izgube dostojanstva, bojazni pred trpljenjem,...

Pacient želi z medicinsko sestro spregovoriti o vseh skrbah, težavah in ta mu mora s sočutjem prisluhniti (14, 15, 48).

Iz intervjujev je bilo razvidno, da če medicinska sestra reagira na pacientove strahove z humorjem ali celo z nekakšno brezbriznostjo, to v pacientu povzroči odpor. Medicinska

sestra mora paziti tudi na sam ton glasu, če je neprimeren, lahko tvega zaupanje med njo in pacientom (48)

d) Iskanje ravnovesja v iskrenosti in upanju ter količina podanih informacij

Pacienti so bili bolj zadovoljni, da so jim zdravstveni delavci omogočili čim več informacij glede njihove bolezni. Te informacije so podkrepili še z raznimi diagrami, slikovnim gradivom ter priporočili dodatno strokovno literaturo. Če pa se je zdravstvenim delavcem zgodilo, da niso imeli sto procentnega znanja o njihovi bolezni, so to priznali, pacienti pa razumeli, da so tudi oni samo ljudje in da morajo tudi oni sami poiskati določene informacije (46, 47).

Vprašanje je pri popolni iskrenosti podajanje informacij, ali kaj prikrijemo ali vse povemo. Pri tem je bistveno, da dobro spoznamo pacienta in kljub slabi prognozi omogočamo pacientu, da ne obupa, ampak naj se bori (46, 47).

Odprta, sočutna komunikacija z upoštevanjem vseh navedenih štirih »načel« ter osebna zavzetost medicinske sestre je ključ do boljšega kvalitetnega zdravljenja rakavih pa tudi drugih pacientov (48).

Bistvo terapevtske komunikacije v zdravstveni negi je, da pacientu zmanjšuje občutke strahu, anksioznosti in razjasnuje vprašanja glede umrljivosti. Če želimo, da je le-ta uspešna, morajo biti zdravstveni delavci sposobni empatije, dobro poznati različne tehnike komunikacije in na ta način dosežejo zaupanje pacienta. Zaupanje, spoštovanje in občutek varnosti pa so bistveni elementi za ozdravljivost. Dobra terapevtska komunikacija nudi pacientu večjo moč, zmanjša obup ter mu priskrbi vse mogoče informacije ter druge alternativne možnosti (46).

7 ZAKLJUČEK

Namen diplomske naloge je bil opisati in razložiti pojav depresije pri odraslih pacientih z rakom ter s tem povezan pomen terapevtske komunikacije v zdravstveni negi pacientov z rakom. Ugotovili smo, da je depresija najpogostejša motnja pri pacientih z rakom, ki se najpogosteje pojavlja ob sami diagnozi bolezni, kar pa posledično vpliva na uspešnost zdravljenja bolezni (15, 23). V ta namen je potrebno pacientom z rakom nameniti več pozornosti, kar pomeni izražanje empatije, spoštovanja, sposobnost poslušanja, zaupanja,... Le na tak način se bo lahko zgradil zaupljiv odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem, ki bo pozitivno vplival na nadaljnje sodelovanje ter uspešnost zdravljenja (42, 43).

Preko literature in rezultatov raziskav smo odgovorili tudi na zastavljena raziskovalna vprašanja.

1.) Kako pogoste so različne oblike raka v Sloveniji med odraslo populacijo?

Med pet najpogostejših vrst raka pri nas spadajo kožni (razen melanoma), rak debelega črevesa in danke, rak pljuč, rak prostate in rak dojk (11).

2.) Kako pogosto se pri pacientih z rakom pojavlja depresija in v katerih fazah zdravljenja se ta najpogosteje pojavlja?

Avtorji (17, 23) ugotavljajo, da je med pacienti, obolelimi za rakom, jih je bilo depresivnih več kot polovica. Depresija se najpogosteje pojavi, ko se pacient sooči z boleznijo ob sami diagnozi. Lahko jo sproži tudi začetek zdravljenja, soočanje s stranskimi učinki zdravljenja, zaključek zdravljenja ter kontrolni pregledi (17, 23).

3.) Kakšna je vloga terapevtske komunikacije med medicinsko sestro in pacientom z rakom?

Vloga terapevtske komunikacije je, da se zgradi zaupljiv odnos med medicinsko sestro in pacientom z rakom, kar daje pacientu občutek varnosti, zaupanja, upanja in je osnova za njegovo nadaljnje tvorno sodelovanje, kar pa bo pripomoglo k učinkovitejšemu zdravljenju (42).

4.) Kakšne učinke lahko doseže medicinska sestra z uporabo metod in tehnik terapevtske komunikacije do pacienta z rakom?

Medicinska sestra lahko z uporabo metod in tehnik terapevtske komunikacije doseže boljše sodelovanje s pacientom in s tem uspešnejše zdravljenje ter boljše obvladovanje zapletov bolezni in zdravljenja. Dobra terapevtska komunikacija nudi pacientu večjo moč, zmanjša obup ter mu priskrbi vse mogoče informacije ter druge alternativne možnosti (42, 43).

Glede na visoko stopnjo depresije med pacienti z rakom in po navedbah Milakič Snoja (23) je razvidno, da pacientom z rakom namenimo premalo pozornosti (23). S terapevtsko komunikacijo, katera pacientu omogoča zadovoljevanje njegovih potreb, lahko bistveno vplivamo na uspešnost zdravljenja bolezni.

8 LITERATURA

1. Milakić Snoj Z. Psihološka priprava bolnikov z rakom. Farmacevtski vestnik, 2009; 60 (2): str. 77-79.
2. Snoj Z. (2008). Duševna stiska je lahko hujša od raka. http://arhiv.njena.si/zdravje/medicina/dusevna_stiska_je_lahko_hujsa_od_raka/menu_id_53.html<3.4.2012>
3. Červek J, Zakotnik B. Paliativna (blažilna) oskrba in obvladovanje najpogostejših simptomov. V: Novaković S, Hočevar M, Jezeršek Novaković B, Strojman P, Žgajnar J, (ur.). Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. -1.izd.- Ljubljana: Mladinska knjiga, 2009: str.202.
4. Pušnik D. Pogovor o težavah s spolnostjo pri pacientih z onkološkim obolenjem - kako pomagati pacientom. V: Matković M, Petrijevčanin B, (ur.). Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, 38. strokovni seminar, Maribor 1.april 2011. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011: 132-148.
5. Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 1999: str. 212.
6. Primic Žakelj M. Rak danes in šest desetletij nazaj. V: Skela Savič B, (ur.). Razvoj onkologije in onkološke zdravstvene nege. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije - Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2002: 5-7.
7. Jezernik K, Veranič P, Sterle M. Celična biologija: učbenik za študente Medicinske fakultete. Ljubljana: DZS, 2012: 218-221.

8. Primic Žakelj M, Zadnik V. Presejanje in zgodnje odkrivanje raka. V: Novaković S, Hočevār M, Jezeršek Novaković B, Strojān P, Žgajnar J, (ur.). Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. -1.izd. - Ljubljana: Mladinska knjiga, 2009: 50-54.
9. Primic Žakelj M, Zadnik V, Žagar T, Zakotnik B. Preživetje bolnikov z rakom, zbolelih v letih 1991-2005 v Sloveniji. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2009: str. 302.
10. Zadnik V, Primic Žakelj M. Onkološka epidemiologija. V: Novaković S, Hočevār M, Jezeršek Novaković B, Strojān P, Žgajnar J, (ur.). Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. -1.izd.- Ljubljana: Mladinska knjiga, 2009: 42-49.
11. Primic Žakelj M, Bračko M, Hočevār M, Krajc M, Pompe-Kirn V, Strojān P, Zadnik V, Zakotnik B, Žagar T. Rak v Sloveniji 2008. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2011: 15-16.
12. Zadnik V, Primic Žakelj M. SLORA: Slovenija in rak. Epidemiologija in register raka. Onkološki inštitut Ljubljana<http://www.slora.si/definicije-kazalnikov-in-metod><6.4.2012>
13. American Cancer Society (2011). Global Cancer – Facts & Figures: 2nd Ed. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027766.pdf><6.4.2012>
14. Servellen G.V. Communication Skills for the Health Care Professional: Concepts, Practice, and Evidence, 2nd ed. Los Angeles: University of California, School of Nursing, 2009: 200-246.
15. Snoj Z, Ličina M. (2002). Depresija pri bolnikih z rakom. <http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/2-2002-snoj.pdf><12.4.2012>
16. Ebert Moltara M. Pogovor z bolniki in svojci. V: Novaković S, Zakotnik B, Žgajnar J, (ur.). Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja: zbornik / 22. onkološki vikend, Portorož, 12. in 13. junij 2009. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD: Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2009: 80-82.

17. Dernovšek MZ, Gorenc M, Jeriček Klanšček H, Tavčar R. Stres, tesnoba in depresija pri bolnikih z rakom. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007: str. 5.
18. Škufca Smrdel AC. Psihosocialne razsežnosti rakave bolezni ter kakovost življenja pri bolnikih z rakom. V: *Rakave bolezni v Sloveniji* / 144. skupščina Slovenskega zdravniškega društva, Novo mesto. 19. in 20. oktober 2007. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 2007;76 (12): 827-831.
19. Salter M. Spremenjena telesna podoba: vloga medicinske sestre. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1992: str.19.
20. Vegelj Pirc M, Škufca Smrdel A C. Psihoonkologija. V: Velepich M, Skela Savič B. (ur.). Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije, Ljubljana: Onkološki inštitut, 2000: 217-226.
21. Payne S, Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy, 2002: 152-153.
22. Rakovec Felser Z. Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja, razumeti in biti razumljen. - 1. izd. - Maribor: Založba Pivec, 2009: str. 197.
23. Milakić Snoj Z. Depresija pri bolnikih z rakom. V: Rotar Pavlič D, Kopčavar Guček N, Petek D. Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: izbrana poglavja s področja vodenja bolnika z rakom, bolečino, psihiatrijo, ginekologijo, angiologijo, gastroenterologijo in delavnice: 31. srečanje, Ljubljana, 27. in 28. maj 2005 Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine: Zavod za razvoj družinske medicine, 2005: 26-28.
24. Simonič A. Duševna stiska pri bolnikih z rakom. V: Trampuž R. Celostna obravnava pacienta z rakom: zbornik predavanj, Nova Gorica, 4. marec 2006. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2006: 83-96.
25. Kovač V, Zwitter M. Zdravljenje bolnikov z napredovalim pljučnim rakom in slabim splošnim stanjem zmogljivosti. V: Drnovšek Kaljanac M, Poles J, (ur.). Združenje pnevmologov Slovenije, Velenje, 27. in 28. november 2009. Golnik: Združenje pnevmologov Slovenije; Topolšica: Bolnišnica, 2009: 88-94.

26. Onkološki inštitut Ljubljana (2012). Paliativna oskrba. http://www.onko-i.si/dejavnosti/zdravstvena_dejavnost/skupne_zdravstvene_dejavnosti/paliativna_oskrba/ <20.12.2012>
27. Jelen Jurič J. Razlika med podporno in paliativno zdravstveno nego. V: Mlakar Mastnak D, Logonder M, (ur.). Podporna onkološka zdravstvena nega in zdravljenje / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, 36. strokovni seminar, Rogla, 2. in 3. 4. 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2009: 11-16.
28. Skela Savič B. Od besed k dejanjem: zdravstvena nega kot integralni del paliativne oskrbe onkoloških bolnikov. V: *Obzornik zdravstvene nege*. Ljubljana: zbornica zdravstvene nege, 2005; 39 (4): 245-253.
29. Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2008: 647-660.
30. Vindiš A, Brumec M. Odnos in komuniciranje z bolnikovimi bližnjimi v zadnjih dneh življenja. V: Lunder U, (ur.). Paliativna oskrba v zadnjih dneh življenja: zbornik sestanka, Bled, 27. januar 2009. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2009:21-26.
31. Wolf N. Dodatni program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike V: Krčevski Škvarč N, eds. Zbornik predavanj: 10. Seminar o bolečini, Paliativna medicina z mednarodno udeležbo, Maribor, 9.-10. junij 2006. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 2006: 135-136.
32. Brumec M. Soočanje družine s procesom umiranja. V: Krajnc M, Peternelj A, eds. 2. strokovno srečanje: Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku; 2008 april 15; Sp. duplek, Slovenija. Sp. Duplek: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, 2008: 41-46.
33. Šemrl S. Komunikacija kot ključni element profesionalnega delovanja medicinske sestre. V: Kavaš E, Zrim M, Lebar Z, Šumak I. (ur.). Medicinske sestre zagotavljamo

varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik strokovnega seminarja 2010 / strokovni seminar, 19.4.2010. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurje, 2010: 29-33.

34. Lunder U. Sporazumevanje z bolnikom, ko mu je najtežje. V: Novaković S, Červek J, Anderluh F, Bešić N... et al. Paliativna oskrba bolnikov z rakom / 18. onkološki vikend, Laško, 10. in 11. junij 2005. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva: Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2005: 83-90.

35. Neeraj K. Arora. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine* 57, 2003: 791–806.

36. Friedrichsen M, Strang P, Carlsson M. Breaking bad news in the transition of curative to palliative cancer patients view of the doctor giving the information. *Support Care Cancer*, 2000: 474-476.

37. Škufca Smrdel AC. Veščine komunikacije v odnosu zdravstveni delavec – bolnik. V: Matković M, Petrijevčanin B, ur. Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, 38. strokovni seminar, Maribor 1.april 2011. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011: 7-16.

38. Prebil A, Mohar P, Drobne J. Komunikacija v zdravstvu. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2009: str. 133.

39. Kruijver I.P.M, Kerkstra A, Bensing, J.M, Wiel H.B.M. van der. Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*: 34, 2001:772-779.

40. Gorše Muhič M. Komunikacija v zdravstveni negi. V: Kogovšek B, Kobentar R. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999: 15-26.
41. Škerbinek L. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. V: *Zdravstveni obzornik*: strokovno glasilo Zveze društev medicinskih sester Slovenije. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, 1992; 26 (1-2):29-32.
42. Ule M. Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV, 2009: str. 430.
43. Gašperlin T, Vreček M. Z bolnikom od sprejema do odpusta. V: Božjak M, ur. Individualna obravnava bolnika v hemato - onkologiji: komunikacija: zbornik predavanj: strokovni seminar, Otočec, 10. in 11. maj 2002. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija hematoloških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2002: 30-36.
44. Zwitter M. (2005). Komunikacija z bolnikom z rakom http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/2_2005_4.pdf <3.4.2012>
45. Klevišar M. Spremljanje umirajočih. Ljubljana: Družina, 1996: 7-122.
46. Gorše Muhič M. Terapevtska komunikacija. V: Pregelj P, Kobentar R, (ur.). Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 31-39.
47. Kelsey S. Improving nurse communication skills with the cancer patient. *Cancer nursing practice* 2005; 4(2): 27-31.
48. Shannon S.E, Long-Sutehall T, Coombs M. Conversations in end-of-life care: communication tools for critical care practitioners. V: Albarran J, Scholes J. (ur.). *Nursing in Critical Care*. British Association of Critical Care Nurses, 2011:142-130.
49. Stajduhar I.K., Thorne E.S., McGuinness L., Kim-Sing C. Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. V: King R.C., (ur.). *Journal of Clinical Nursing*. British Columbia, Canada: University of Victoria School of Nursing, Vancouver, 2010:2039-2047.

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici izr. prof. dr. Maji Čemažar in somentorici doc. dr. Katarini Babnik za pomoč pri izdelavi diplomske naloge, ter za vsa pojasnila in razlage na vprašanja, ki so se pojavila tekom izdelave diplomske naloge.

Zahvaljujem se tudi staršema, ki sta mi omogočila študij in me podpirala pri izobraževanju.

Zahvaljujem se tudi fantu Mateju in sestri Katji, ki sta mi v času izobraževanja in pisanja diplomske naloge vedno stala ob strani.

Vsem še enkrat hvala!